



**República de Cabo Verde**  
**Comité de Coordenação do Combate à Sida**  
**Secretariado Executivo**

.....

**Rapport de Situation National à l'intention de l'UNGASS**

**Cap Vert**

Janvier 2008 – Décembre 2009



C. Postal 855 – Praia – República de Cabo Verde  
Telefone (238) 2600343 FAX: (238) 2618576  
E-mail: [adsl0056@cvtelecom.cv](mailto:adsl0056@cvtelecom.cv)

# REPUBLIQUE DU CAP VERT



## I. TABLE DES MATIÈRES

## II. APERÇU DE LA SITUATION

a) Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport

b) La situation actuelle de l'épidémie

c) La riposte au plan politique et programmatique

d) Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS

## III. APERÇU DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

## IV. RIPOSTE NATIONALE A L'ÉPIDÉMIE

## V. MEILLEURES PRATIQUES

## VI. PRINCIPAUX OBSTACLES ET MESURES CORRECTIVES

## VII. SOUTIEN DES PARTENAIRES DU DEVELOPPEMENT

## VII. SUIVI ET EVALUATION

## ANNEXES

ANNEXE 1 - PROCESSUS DE CONSULTATION/PREPARATION DU  
RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DE LA *DECLARATION*  
***D'ENGAGEMENT SUR LE VIH/SIDA***  
(VOIR FEUILLE DE COUVERTURE EN EXCELL)

ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE SUR L'INDICE NATIONAL  
COMPOSITE DES POLITIQUES

ANNEXES 3 - LISTES DES RÉPONDANTS

## **II. Aperçu de la situation**

Ce rapport des progrès présent les indicateurs et des informations significatives de la réponse du Cap Vert au VIH/SIDA dans la période de 1 de janvier de 2008 à 31 de décembre de 2009. Il a été élaboré avec des orientations, disponibles dans l'adresse: [www.uniaids.org](http://www.uniaids.org).

### **a) Le degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport**

En effet, l'élaboration du rapport UNGASS 2008-2009 a compté sur une cadre de consultation, de dialogue et recueillement entre tous les agents d'exécution de la politique national de prévention, traitement et combat au VIH/SIDA au Cap Vert.

Dans le but de faire la collecte des données pour le calcul des indicateurs et connaître leur point de vu sur le degré de mise en œuvre des politiques et stratégies de lutte contre le VIH au Cap Vert, un processus des entretiens a été réalisée auprès des partenaires institutionnels clés, notamment:

- Ministère de la Santé, de l'Éducation, des Finances, de l'Agriculture, de la Défense et l'Institut National de Statistique ;

- Le Comité de Coordination du Combat à SIDA, CCS-SIDA;

- Le Comité de Coordination du Lutte contre la Drogue, CCCD;

- Les entités privé qui développent les actions de la prévention du VIH/SIDA;

- Les ONG avec interventions dans l'appui et les soins aux PVVIH/SIDA, visant non seulement la collecte des données pour le calcul des indicateurs mais aussi leur point de vu sur le degré de mise en œuvre des politiques et stratégies de lutte contre le VIH au Cap Vert.

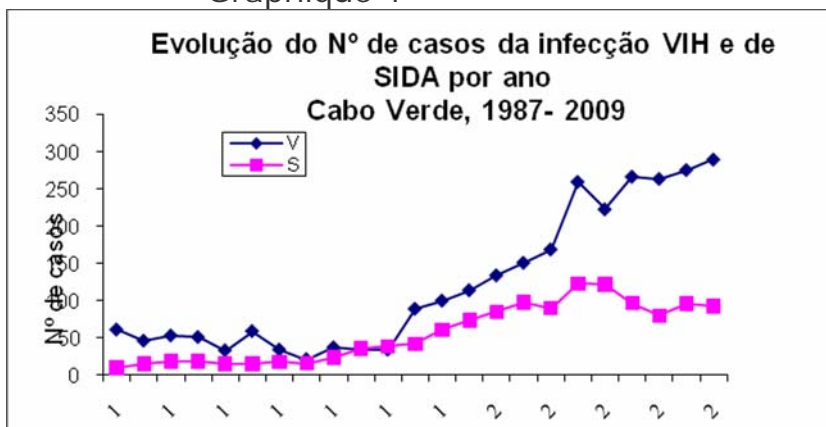
## b) La situation actuelle de l'épidémie

Dé le premier diagnostique du SIDA en 1986, le Cap Vert a enregistré d'important progrès dans le combat, prévention et traitement du VIH/SIDA.

De 1987 à 2009, le total de cas cumulatifs d'infection VIH et SIDA monte à 2.888 personnes infectées avec le VIH, des quels 1.290 du sexe masculin (44,7%), 1.541 du sexe féminin (53,4%) et 57 (2%) sont non identifiés. De ce total, 1.288 ont développé la maladie du SIDA (44,6%): 688 du sexe masculin, 595 du sexe féminin et 5 N/E.

En décembre 2009, 290 nouveaux cas ont été notifiés sur 19.304 testes réalisé (voir graphique 1), dont le taux de couverture est de 73,5%.

Graphique 1

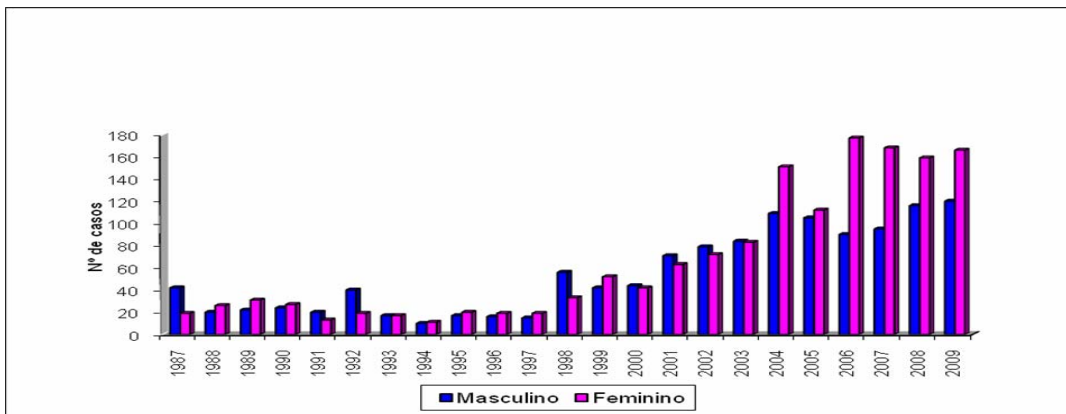


Source : Services d'Epidémiologie – Ministère de la Santé

En 2008, 1.006 cas ont été évalués avec 276 nouveaux cas, le taux de couverture a été de 59% (+8 qu'en 2007 et + 29% qu'en 2005). La mortalité des malades avec TARV n'a pas changé par rapport aux années précédentes (en moyenne 7%).

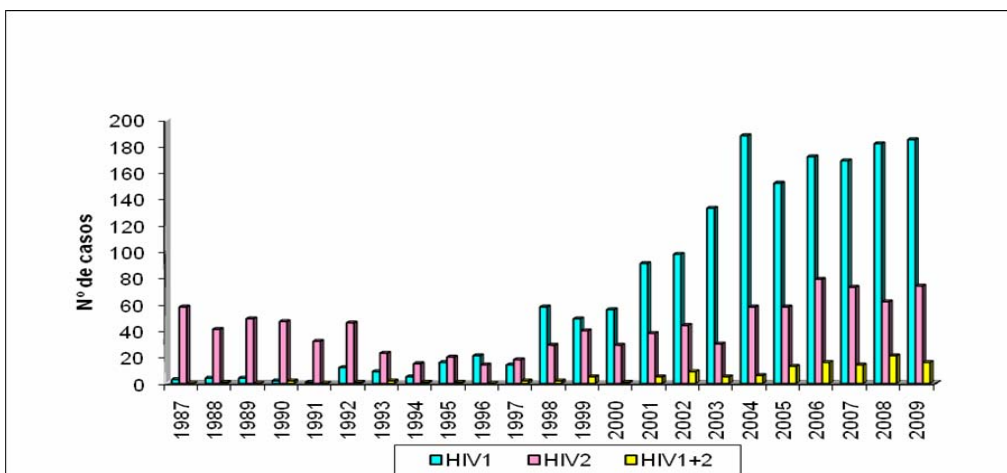
Le nombre d'hommes ayant fréquenté les structures de santé a augmenté. Jusqu' à 31 décembre de 2008, 653 de décès cummulfatif ont été reporté: 350 du sexe masculin, 267 du sexe féminin et 36 non identifié. Pour l'année 2009, les données ne sont pas encore disponibles.

En 2008, l'incidence rapportée pour l'infection était de 60,2/100.000 et en 2009 62,7/100.000. Le tableau des années précédentes n'a pas changé, point de vu nombre d'infecté par sexe (voir tableau 1) :



Source : Services d'Epidémiologie – Ministère de la Santé

La surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes entre 1989 et 2006 indique une tendance globale stable de la prévalence dans la population sexuellement active. Entre janvier 2008 e décembre 2009, le virus prédominant était le VIH1 (66,7%VIH1, 23,5% VIH2 et 5% VIH1+2) (voir tableau 2) :



Services d'Epidémiologie – Ministère de la Santé

Les données de l'Enquête Démographique et de la Santé Reproductive réalisé en 2005 (IDSR II) continuent à être les seules données connues en matière de séroprévalence, c'est à dire, un taux de prévalence du VIH de 0,8%, dont 1,1% dans le sexe masculin et 0,4% dans le sexe féminin. Dans la population sexuellement active le taux est d'environ 1%.

Par région, la région de Sotavento qui inclus les îles de Santiago, Maio, Fogo et Brava, sont les plus touchées avec un taux de prévalence de 1,1%. La région de Barlavento, incluant les îles de Santo Antão, São Vicente, São Nicolau, Sal et Boa Vista ont enregistrés un taux de prévalence de 0,1%.

Selon les données des 28 sites sentinelles actuels existants en tout le pays, l'épidémie du VIH/SIDA au Cap Vert continue a être considéré comme une épidémie de basse prévalence, indiquant que les

tendances restent inférieures à 5% dans les sous groupes de population tels que les donneurs de sang et les femmes enceintes.

Entre 2008 et 2009, aucunes études comportementales et de séroprévalence n'ont été réalisées auprès des consommateurs de drogues dans les prisons et les établissements de traitement, ce qui nous remet aux données de l'étude réalisée en 2007 qui a montré un taux de prévalence de 14,3% chez les consommateurs de drogues injectables. (CCCD/ONUDD, 2007).

### **c) La riposte au plan politique et programmatique**

Depuis l'identification du premier cas, en 1986, la réponse nationale a bénéficié de l'appui politique de hautes autorités de l'Etat et, dès 2002, le Premier Ministre est le Président du CCS-SIDA, le comité multisectoriel responsable de la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA.

Le deuxième plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2006 – 2010 a été adopté en juin 2006 par le gouvernement, dont le coût a été estimé à 24 millions de dollars US.

Ce plan a comme principe directeur :

- Renforcement de l'engagement politique au plus haut niveau dans les prises de décision et son application effective ;
- La lutte contre le VIH-SIDA est une question multidimensionnelle qui exige une approche multisectorielle ;
- La décentralisation à tout les niveaux (municipale, locale et communautaire) est fondamental pour atteindre les résultats préconisés;
- L'implication du secteur entrepreneur est important dans le domaine de la prévention e le combat contre la stigmatisation/discrimination ;
- L'engagement des PVVIH-SIDA pour une plus forte prise de conscience de la société ;
- La promotion et le respect des droits des PVVIH/SIDA est un devoir de tous e doivent être consacré dans la loi ;
- La prise en charge spécifique aux PVVIH-SIDA, visant les assuré une meilleur qualité de vie;
- Tenir en conte la forte capacité de mobilisation et éducation des leaders religieux, communautaires, syndicaux et autres.

La lutte contre le VIH/SIDA aux Cap Vert a comme axes prioritaires:

- La stratégie IEC, pour le renforcement des compétences sociales et l'empowerment visant le changement des comportements;
- L'accès aux moyens de prévention, conseil et dépistage volontaire, de traitement e de soins;



- La lutte contre la discrimination et la stigmatisation;
- La réduction de la vulnérabilité des groupes prioritaires;
- La mobilisation et la sensibilisation du secteur privé;
- L'amélioration de la coordination, articulation et mobilisation des ressources.

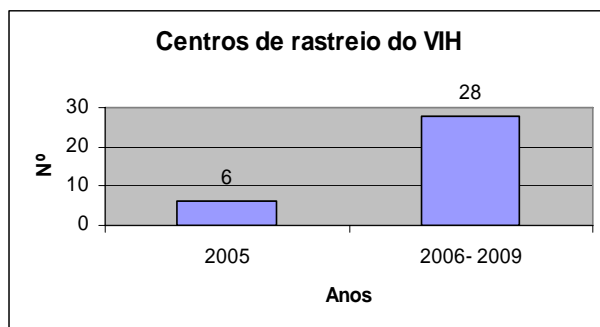
Dans ce cadre, le Parlement capverdien a approuvé, par unanimité, la loi sur la protection des droits des PVVIH/. Cette loi, n° 19/VII/2007, de 26 novembre, a été divulgué en 2008, dans tout le pays, par le Réseau Parlementaire pour la Population et le Développement, en partenariat avec le CCS-SIDA.

Elle régie les aspects liés à la prévention, traitement et contrôle du VIH/SIDA, donnant la priorité à l'IEC pour le changement des comportements en matière de VIH/SIDA, aux mesures de protection et prise en charge, à la réalisation des tests et conseil, aux services de santé et assistance, à la confidentialité, aux actes discriminatoires et aux aspects pénales.

En conséquence de l'entrée en vigueur de cette loi, une Instance Nationale de Coordination a été créée en 2007 pour préparer et approuver la candidature du Cap Vert. Cette Instance est présidée par le Ministre d'Etat et de la Santé.

Le financement de la Banque Mondiale, garantie jusqu'à juin 2010, a permis de continuer le renforcement du réseau national de banques et laboratoires de dépistage du VIH (voir tableau 3), garantir les soins intégrés aux PVVIH/SIDA, garantir la distribution gratuite des ARV, généraliser la PTME et élargir l'accès de la population au CDV et traitement des IST, entre autres, dans le cadre de la mise en œuvre du PENLS, 2006-2010.

Tableau 3



Source : Ministère de la Santé, Programme de Lutte contre le VIH

Pour la persécution des interventions de lutte contre le VIH/SIDA, le Cap Vert a négocié des nouveaux financements avec le Fond Global pour le combat contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose.

L'objectif est assurer les ressources nécessaires pour développer les actions de prévention, l'accès aux ARV, la distribution des préservatives et la disponibilité des réactifs pour la réalisation des tests VIH.

Dans cet effort, le pays compte également avec d'autres partenaires, notamment les Nations Unies, le Brésil, l'Espagne et la Fondation Clinton.

L'engagement et appui politique du Gouvernement dans la lutte contre le SIDA se reflètent aussi dans l'allocation des ressources nationales, au niveau des différents budgets sectoriels.

Cet engagement a été renforcé par divers secteurs de la société civile, notamment des ONG, des associations communautaires et quelques agents du secteur privé, dont les interventions ont contribué à l'aide des PVVIH/SIDA.

Tant le gouvernement comme plusieurs organisations de la société civile assurent la prévention avec des campagnes d'information et sensibilisation dans les médias et auprès des populations. La distribution des préservatives continue à être gratuite dans les hôpitaux, centres de santé et ONG.

## **Santé**

Le secteur santé est un des plus importants acteurs dans la lutte contre le VIH/SIDA au Cap Vert, due à sa capacité de détection, diagnostique et des ressources humains, en qualité et en quantité.

La thérapie ARV a été initiée au Cap Vert en 27 décembre 2004. Depuis lors, 1.323 personnes ont été évalués (73.5% de couverture), dont 283 (59%) en 2008 et 294 (73.5%) en 2009.

Un total de 611 malades qui sont inscrits dans les registres des services de santé et qui présentent des critères cliniques et immunologiques ont initié de la thérapie ARV, y inclus 114 en 2008 et 149 en 2009.

La mortalité des malades avec TARV a diminué, mais il y a encore une tranche importante des malades qui arrive aux soins de santé à un stade très avancé de la maladie, ce qui démontre une influence significative sur la mobilité.

La sécurité transfusionnelle du point de vue du VIH est assurée depuis le début de l'épidémie, avec le dépistage de tout sang recueilli. Des progrès considérables ont été fait au niveau de l'organisation et des documents stratégiques d'encadrement, perspectives d'élargissement du system incluses, bien comme au niveau de l'actualisation professionnelle. De même l'application des précautions universelles a été grandement renforcée, dans le contexte du traitement des déchets hospitalier.

L'appui psychosocial dans le secteur santé prévoit des PVVIH et familles affectés et a comme objectif améliorer la qualité de vie, à travers une réponse intégré qui contribue à la réduction de l'impact de l'épidémie sur l'individu et pour la promotion de la justice et cohésion sociale.

Pour garantir l'assistance sociale des PVVIH/SIDA, chaque groupe thérapeutique a intégré un assistant social et un psychologue.

De 2008 à 2009, avec les mesures prises aux niveaux d'appui psychosocial, il y a eu des avances en ce qui concerne la qualité de vie des PVVIH/SIDA à travers :

- Le changement dans la perception de la maladie entre les parents ;
- L'augmentation du estime de soi ;
- La reprise de la notion de future et développent de projets de vie;
- L'alliance thérapeutique et plus d'espérance de vie.

La société civile prend le relais pour l'appui socio-économique et aussi psychologique. Des progrès ont été faits au niveau de la référence/contre référence entre la santé et la société civile, une dimension indispensable dans le contexte de basse prévalence du pays.

Entre 2008 e 2009, deux associations de séropositives ont été criés et plusieurs ONG et autarchies se sont de plus en plus « spécialisées » dans la prise en charge des PVVIH/SIDA.

## **Education**

Le secteur de l'éducation est considéré aussi comme un secteur clés compte tenu de l'importance de l'adoption des comportements

sexuels à moindre risque et de l'éducation des jeunes pour la vie active.

Pour cela, les messages de prévention sur les IST/VIH/SIDA sont intégrés dans le curriculum de l'enseignement de base et secondaire. Les enseignants ont été formés dans une perspective de compétences sociales et des centres d'Information, Education et Orientation ont été créés dans quelques écoles secondaires (éducation par les paires).

En ce moment, il est en cours une révision curriculaire ayant comme un de ces objectifs fondamentaux l'intégration transversale de la problématique VIH/SIDA incluant des actions IEC/sensibilisation pour le changement de comportement dans tous les niveaux de l'enseignement.

Pour l'implémentation de ce Project quelques groupes scolaires sont en régime pilote. Il faut aussi mentionner que l'effort pour atteindre les jeunes en particulier par l'approche centré sur les compétences, est catalysée par les Centres de Jeunesse et Centres satellites dans les 22 Municipalités du pays. Ces Centres travaillent avec les jeunes scolarisés mais aussi avec les jeunes en dehors de l'école.

### **Entreprises publiques et privées**

Au niveau du Ministère des Infrastructures et Transport ont été développés des activités de sensibilisation des travailleurs dans la construction des axes routiers, de l'amplication du Port de Praia, dans le cadre de la signature d'un Protocole entre le CCS-Sida et le Project MCA/Cap Vert.

Les ministères des Finances, de l'Agriculture et Développement Rural, de la Défense, entre autres, sont très engagé dans la lutte contre le VIH/SIDA avec des actions d'IEC et de prévention développés au cours de l'année auprès des décideurs et des fonctionnaires de tous les niveaux.

Les mairies aussi ont assumé le combat à l'épidémie au sein des travailleurs, en même temps qu'ils s'engagent dans les interventions des ONG et associations communautaires dans l'appui des PVVIH/SIDA.

Des entreprises, notamment, SHELL, ENACOL, ENAPOR, TELECOM, entre autres développent des activités de prévention régulièrement auprès de leurs travailleurs.

Entre 2008 et 2009, le CCS-SIDA a aussi sensibilisé des grands opérateurs touristiques des diverses îles pour intégrer la prévention

contre le VIH/SIDA, y compris l'accès aux préservatives et actions de IEC pour leurs hôtes et travailleurs.

En général, les initiatives des entreprises sont centrées sur l'IEC, informations sur le CDV, aussi bien les aspects juridiques et de protection des droits de l'homme sur le local de travail. L'accès au traitement se fait par la voie des structures publique de santé.

## **Droits de la personne**

La Constitution consacre le principe de la non discrimination de tous les capverdiens et capverdiennes.

La Loi sur la protection des droits des personnes vivant avec le VIH, approuvé en 2007, est basée sur des principes d'accès universel aux soins de prévention, traitement et appui psychosocial.

Du même, un article du Code Pénal prévoit des sanctions pour la transmission intentionnelle d'IST y compris le VIH.

Par ailleurs, les campagnes d'IEC, soit dans les medias, soit dans les matériels produits et communication interpersonnelle, incluent, de forme régulière, la lutte contre la discrimination des PVVIH.

## **Orphelins et enfants vulnérables (OEV)**

Dans ce chapitre, les données déjà présentés dans le précédent rapport UNGASS continuent à être les seules données disponibles. Malgré l'effort des différentes ONG vocacionés dans l'appui des orphelins du VIH/SIDA et les enfants de rues, leurs seroestatut est encore méconnu.

Dans toutes les municipalités, les ONG ont bénéficiés des familles vulnérables en ce qui concerne la scolarisation et renforcement nutritionnel des enfants réunissant les critères pour un tel appui.

## **Prévention du VIH/SIDA dans les prisons**

Par recommandation de l'Etude sur la situation de la drogue au Cap Vert et sa relation avec le VIH/SIDA, présentée en janvier 2008, divers activités ont été réalisé en matière de prévention et sensibilisation à l'usage des drogues et sa relation avec le VIH/SIDA dirigés aux gardes et aux reclus des prisons de Ribeirinha et São Martinho.

Les prisonniers ont aussi bénéficiés d'actions de sensibilisation et séminaires sur le sujet SIDA/IST/Tuberculose et usage de drogues.

## **Recherche**

Dans ce chapitre, peu de choses ont été faites dans la période concernant de ce rapport, mais les données épidémiologiques basés sur les différents postes sentinelles démontrent que la séroprévalence dans l'ensemble du pays continue en dessous de 1%.

En résumé, à part les différentes actions de dépistages menés dans tout le pays, aucune étude spécifique a été réalisé visant la problématique VIH/SIDA.

Pour la première fois, une enquête APIS a été réalisée durant l'année 2009. Cette enquête avait comme objectifs mettre en jour les indicateurs de connaissances, comportements, attitudes et pratiques relatifs aux VIH/SIDA et les IST.

Les données obtenus ont permis d'évaluer l'impact des différents programmes, développer et planifier des nouvelles stratégies pour améliorer la santé et le bien être de la population.

## **Les acteurs sociaux**

VerdeFam, Association Capverdienne pour la Protection de la Famille, est une des ONG qui est engagé dans la lutte contre VIH/SIDA dans tout l'archipel. Elle a comme cibles les travailleurs de sexe, les consommateurs de drogues, les PVVIH/SIDA e les jeunes et les enfants en situation de risque.

Les principaux secteurs d'intervention sont SSR, prévention des IST à travers l'information, le conseil et le traitement ; dépistage anonyme et volontaire.

L'objectif de l'Association est d'augmenter l'accès des adolescents, femmes et hommes, spécialement les plus démunis, aux soins intégrés et à l'appui psychosocial, en garantissant des services de SSR, prévention des IST à travers l'information, conseil, traitement et dépistage anonyme et volontaire (TAV).

Le mandat de l'Association prévoit également la réduction des barrières sociales, religieuses et culturelles face aux PVVIH/SIDA, ainsi bien que la discrimination et la stigmatisation.

Entre 2008 et 2009, cette Association a réalisé 3.591 tests de dépistage du VIH/SIDA et quelques *Tentes de Santé* permettant d'augmenter l'accès de la population, en général, à l'information et le conseil en VIH.

L'Association d'Appui à l'Auto Promotion de la Femme au Développement, MORABI, a comme domaine important d'intervention la lutte contre le VIH/SIDA.

Cette ONG travaille avec des PVVIH/SIDA, notamment les orphelins qui vivent avec dans les familles d'accueil. L'assistance inclut l'appui en alimentation, matériel et transport scolaires, ainsi bien qu'un crédit pour développer des activités génératrices de revenus.

Du côté prévention, plusieurs activités ont été réalisées, notamment des actions d'IEC, chez les hommes et femmes y compris les travailleurs du sexe et les UDI.

Des activités de conseil pré et post test ont été aussi développées, aussi bien que formation, appuis psychologiques, financiers et consultations médicales.

#### d) Récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS

Les indicateurs 1 et 2 font parties des Annexes 6 et 7

	Valeurs de l'indicateur 2008	Valeur de l'indicateur 2009	Sources/ Commentaires
<b>INDICATEUR DU PROGRAMME NATIONAL</b>			
3. Pourcentage des unités de sang provenant des dons et soumises à un dépistage de qualité du VIH	<b>60%</b>	<b>100%</b>	Laboratoires de dépistage du VIH des hôpitaux centraux de Praia e Mindelo
4. Pourcentage d'hommes et femmes atteints d'une infection à un stade avancé sous association d'antirétroviraux	<b>59 % HF</b>	<b>73,5% HF</b>	Polos régionaux à Praia et Mindelo
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui on a administrées des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère enfant	<b>45%</b>	<b>57%</b>	Programme National de Santé Reproductive
6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administré un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	<b>9,7%</b>	<b>12,3%</b>	Polos Régionaux à Praia et Mindelo
7. Pourcentage de femmes et hommes âgés de 15-49 ans ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	<b>25.5% HF</b> (18,6%H; 32,4%F)		APIS, 2009
8. Pourcentage parmi les populations les plus à risques ayant subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Non Disponible	Non Disponible	



INDICATEUR DE CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS			
	Valeurs de l'indicateur 2008	Valeur de l'indicateur 2009	Source/Commentaire
9. Pourcentage parmi les populations les plus à risque que les programmes de prévention parviennent à atteindre	Non Disponible	Non Disponible	
10. Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables (0-17) vivants dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Non applicable	Non applicable	Indicateur suivi seulement par les pays avec prévalence de 5% et plus
11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	100%	100%	Ministère d'Éducation
	Taux de scolarisation écoles primaires : <b>91,7% HF</b> (91,1 F ; 92,3% H) Taux de solarisation écoles secondaires : <b>60,15% HF</b> (55,9% ; 64,4%)		Ministère d'Éducation
12. Fréquentation actuelle de l'école par les orphelins et les non orphelins âgés de 10 à 14 ans	Non applicable		Indicateur suivi seulement par les pays avec prévalence de 5% et plus
13. Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Índice composite : <b>44,75% HF</b> (42,2%H ; 47,3%F)		APIS, 2009

INDICATEUR DE CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS			
	Valeurs de l'indicateur 2008	Valeur de l'indicateur 2009	Source/Commentaire
14. Pourcentage parmi les populations les plus à risque des personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Non Disponible	Non Disponible	
15. Pourcentage de jeunes femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	<b>15,71% HF</b> (H – 25,90% - F – 24,75%)		APIS, 2009
16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	<b>47,64% HF</b> (54,30%H; 41,53%F)		APIS, 2009
17. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	<b>61,53% HF</b> (71,16%H; 51,9%F)		APIS, 2009
18. Pourcentage de professionnel (le)s de sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Non Disponible	64%	Rapport Final du Programme Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA (% de 104 PS enquêté)
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin	Non Disponible	Non Disponible	

INDICATEUR DE CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS			
	Valeurs de l'indicateur 2008	Valeur de l'indicateur 2009	Source/Commentaire
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Non Disponible	Non Disponible	
21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel stérile la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue.	Non Disponible	Non Disponible	Aucune enquête réalisée dans la période qui nous occupe
INDICATEUR D'IMPACT			
22. Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 15-24 ans infectés par le VIH	0,3%	Non disponible	Postes sentineles
23 Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes infectés par le VIH	Non disponible	Non disponible	
24. Pourcentage d'adultes et enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie ARV	88,22%		Pólo de Tratamento ARV Barlavento e Sotavento
25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives et qui sont infectés par le VIH	3%	3%	Pólo de Tratamento ARV - Pediatria

### III. Aperçu de l'Épidémie de SIDA

En ce moment, le pays dispose de 28 centres de dépistage, contre les six existants en 2007. Ils sont chargés de proposer le test aux femmes enceintes, aux personnes voulant être testées volontairement et des patients suspects d'être infectés envoyés par leurs médecins traitants, ce qui a permis d'obtenir une plus large couverture point de vue tests VIH et une connaissance plus approfondie sur la séroprévalence dans la population en général.

Entre 2008 et 2009, néanmoins l'augmentation du nombre de tests, la séroprévalence continue d'être en dessous 1%, dont 1,1% dans le sexe masculin et 0,4% dans le sexe féminin. Par région, la région de Sotavento, qui inclut les îles de Santiago, Maio, Fogo et Brava, sont les plus touchées avec un taux de prévalence de 1,1%. La région de Barlavento, incluant les îles, Santo Antão, S. Vicente, São Nicolau Sal et Boa Vista, a enregistré un taux de prévalence de 0,1%.

À Praia, le capital du pays, le taux de prévalence était de 1,7%. Le milieu urbain a enregistré un taux de prévalence de 0,9% contre 0,6% en milieu rural.

En 2008, 16.016 tests ont été réalisés avec un résultat de 276 nouveaux cas positifs. En 2009, le nombre de tests réalisés a été de 19.304 cas avec un total de 290 positifs (Source : Ministère de la Santé).

Tableau 4

Novos casos de infecção por VIH notificados por sexo e Delegacia de Saúde, 2009 (1)

Delegacias de Saúde	Sexo			Total
	Fem.	Masc.	N/Ref	
BVI	9	2	0	11
PNO	2	1	0	3
BRA	12	10	0	22
PRA	73	54	1	128
SDO	0	1	0	1
SFI	5	4	0	9
SVI	20	16	0	36
SNI	1	0	2	3

Tableau 5

Novos casos de infecção por VIH notificados por sexo e Delegacia de Saúde, 2009 (2)

Delegacias de Saúde	Sexo			Total
	Fem.	Masc.	N/Ref	
SAL	17	16	0	<b>33</b>
SCA	12	5	0	17
SCR	<del>6</del>	<del>1</del>	<del>0</del>	<del>7</del>
TAR	4	2	0	6
MAI	0	1	0	1
RGrande	3	2	0	5
Mosteiros	0	1	0	1
S.Miguel	1	0	0	1
N/Ref	1	4	1	6

Source : Pólo de Tratamento de Barlavento et de Sotavento

Jusqu'au 31 décembre 2008, le pourcentage de personnes âgées de 15-49 ans ayant affirmé avoir utilisé un préservatif lors de son dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier a augmenté de 46% chez les femmes à 50%. Chez les hommes, le pourcentage a augmenté de 72 à 75%.

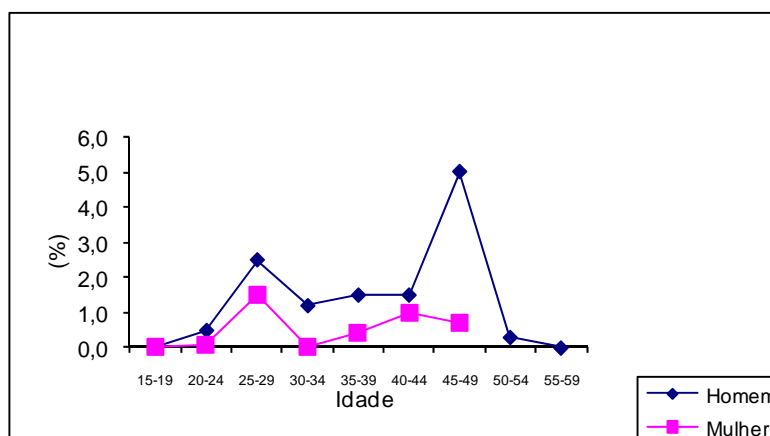
L'âge moyen des premiers rapports sexuels demeure dans les deux sexes dans les 17 ans.

Malgré le manque de données en 2009, le comportement des travailleurs de sexes continue dans les mêmes rangs épidémiologiques.

Le pourcentage de femmes enceintes qui fréquentent les services de SP est de 85% en 2009 par rapport au 13% de l'année 2005. Cette augmentation est due à accroissement de l'offre en tests VIH et services de conseil et prélèvement.

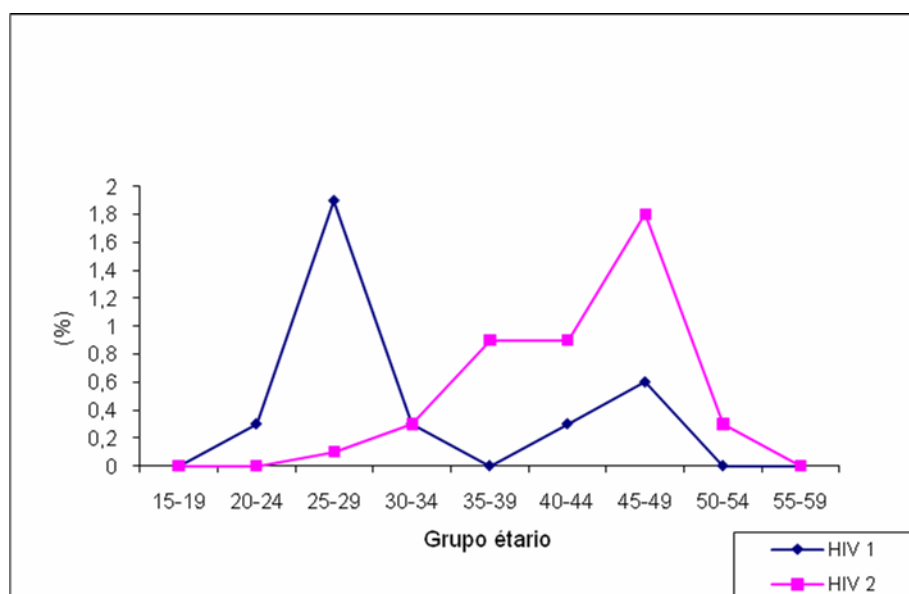
Le graphique ci-dessous montre la répartition par tranches d'âge et sexe, EDS, 2005 (dernières données).

Graphique 2



Le graphique ci-dessous montre la répartition par tranches d'âge et type de virus, EDS, 2005 :

Graphique 3



Concernant les populations plus à risque, une étude de séroprévalence réalisée auprès des consommateurs de drogues dans les prisons et les établissements de traitement (Comunidade da Granja de S. Filipe et Tendas Al Shadai) a identifié un taux de prévalence de 1,8%. La même étude a trouvé un taux de prévalence était de 14,3% mais il faut noter que la taille de l'échantillon était trop petit (seulement 14 personnes), CCCD/ONUDD/MS, 2007.



## IV. Riposte nationale à l'épidémie

Un nouveau plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2006 – 2010 a été adopté en juin 2006 par le gouvernement, dont le coût a été estimé à de 24 millions de dollars US.

Ce nouveau cadre partant des acquis du précédent cadre définit quatre domaines d'intervention prioritaires, quatre objectifs généraux et treize objectifs spécifiques, à savoir :

	<b>Domaines prioritaires</b>	<b>Objectifs généraux</b>
1	Prévention globale de la transmission du VIH	Réduire la propagation du VIH en assurant l'accès universel au moyen de prévention
2	Qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA	Améliorer la qualité de vie des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, en assurant l'accès universel au traitement et aux soins
3	Implication des secteurs publiques, privé et de la société civile en général, dans la mise en œuvre du PMLS	Renforcer la participation des ministères, autres que la santé, des municipalités, des OBC et des ONG et des privés dans la mise en œuvre du PMLS
4	Gestion (information stratégique / suivi et évaluation et financière) et coordination du PMLS	Assurer la gestion et la coordination de la riposte nationale multisectorielle au VIH/SIDA, dans le respect des « trois principes »

De façon spécifique, le cadre propose entre autres activités :

Accroître de 12% à 80% le pourcentage de la population générale y compris les groupes à haut risque qui ont effectué un test de dépistage de VIH et connaissent leur statut sérologique VIH d'ici 2010  
Amener au moins 80% des utilisateurs de drogues injectable (UDI), des professionnels (le)s du sexe et d'autres populations à risque à connaître leur statut sérologique ;

Accroître de 30% à 80%, la proportion de personnes (adultes et enfants) infectées par le VIH bénéficiant d'un suivi médical et psychosocial régulier ;

Accroître à 90% le nombre d'orphelin et enfants vulnérables éligibles bénéficiant d'un appui scolaire ;



De 2006 à 2010, le cadre juridique pour la prévention de la discrimination, pour les droits et devoirs des PVVIH/Sida doit être élaboré, approuvé et mise en œuvre ;

De 2006 à 2008 dans les municipalités de Praia, Santa Catarina, S. Vicente et Fogo au moins une association d'appui aux PVVIH doit être créée ;

D'ici 2010, les associations d'appui au PVVIH sont impliquées et opérationnels dans la mise en œuvre du PMLS.

## **Santé**

La *Politique Nationale de Santé* a été approuvée en 2006 et le Plan National de Développement Sanitaire 2008-2011 est en cours d'élaboration. La première orientation programmatique de la Politique est la lutte contre les maladies transmissibles prioritaires. Le principe de l'attention dirigée à des groupes cibles spécifiques est également fondamental.

Les IST/VIH/SIDA sont la première priorité des maladies transmissibles et les directives incluent le conseil, en particulier chez les jeunes, le diagnostic précoce et systématique des IST, son traitement adéquat et suivi des partenaires sexuels, l'appui psychologique aux séropositifs et malades du SIDA, les activités de réduction de la transmission verticale, l'institutionnalisation de la TARV et la réduction à zéro des infections hospitalières (précautions universelles et sécurité de l'hémothérapie).

La tuberculose est la deuxième maladie transmissible prioritaire. Le panier de base des soins intégrés de santé de la femme (AISM) inclue la PTME et pour la santé reproductive des adolescents, les directives incluent l'établissement d'une relation privilégiée avec le secteur jeunesse et la programmation d'interventions conjointes avec les Centres de Jeunesse.

Les stratégies nationales de maîtrise de la maladie investissent fondamentalement dans la prévention de nouvelles infections, compte tenu des caractéristiques de l'épidémie du VIH/SIDA au Cap Vert, en intégrant un spectre élargi de services, qui sont des portes d'entrée précoce pour l'identification de l'infection et son suivi (traitement des IST, test anonyme et volontaire, PTME).

Entre 2008 et 2009, avec l'entrée en fonctionnement de l'hôpital Santiago Nord, de cinq nouvelles structures sanitaires à Praia et la remodelation de plusieurs centres et postes de santé dans les divers municipalités ont permis une couverture plus importante dans

l'ensemble du pays, ce qui a augmenté la capacité de réponse aux divers problèmes de santé incluant le VIH/SIDA et la prise en charge point de vue sociales et physiologique des PVVIH/SIDA, vue que ces structures sont situés plus près des locaux de résidence.

## **Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA**

Dans la continuité du programme de la Banque Mondiale, un Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA a été approuvé et validé. Ce programme doit être réalisé entre les années 2002-2009 ayant comme objectifs principaux :

- 1- Réduire la transmission du VIH;
- 2- Réduire l'impact du VIH/SIDA sur les PVVIH/SIDA;
- 3- Renforcer la capacité nationale de réponse à l'épidémie.

Le responsable pour l'implémentation de ce programme est le CCS-SIDA qui intégré des institutions provenant de la société civil, du secteur privé, organisations religieuses ainsi que des ministères considérés clés comme Santé, Education, Agriculture et Défense.

Les grands lignes d'action du programme sont basés sur :

- Le besoin d'augmenter les activités et la prise en charge;
- Une meilleure rationalisation de la prévention, traitement, soins et prise en charge de PVVIH/SIDA en tout les secteurs du gouvernement et de la société civile.
- Le renforcement du capital social, à travers la capacitation des communautés locales à faire face à l'épidémie en facilitant la communication interpersonnelle.
- Le renforcement des mécanismes de combat qui incluent des programmes d'assurance pour les PVVIH/SIDA.

Le Cap Vert continue à être un des pays de l'Afrique avec le plus bas taux d'incidence du virus VIH/SIDA : 0,8 %. Quoique la situation au Cap-Vert ne soit pas dramatique, plus précisément dans son impact au développement économique, des stratégies urgentes doivent être entamé pour éviter que la situation devienne incontrôlable.

Les autorités gouvernementales du Cap Vert se sont engagé dans la lutte au fléau, en développant des activités de sensibilisation et de formation, par l'adoption d'un programme Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA (PMLS), à travers l'implication active du pouvoir local, de la société civile, du secteur privé et des communautés.

Le programme s'est doté de conditions minimales de mobilisation de conjoint d'acteurs de la société civil pour la contribution effective de chacun dans la lutte contre l'épidémie.

Les municipalités plus affectés sont les trois plus peuplés, à savoir: Praia, São Vicente et Santa Catarina, à l'île de Santiago.

Les îles de grande affluence touristique, Sal et Boa Vista, constituent une grande préoccupation des intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA, qui régulièrement réalise des actions de formations et de sensibilisation pour les agents de ce secteur. Les enfants de ces îles bénéficient aussi d'actions soit de la part des institutions publiques, soit de la part des ONG.

## **Fonds Global**

Après la huitième ronde de négociations, un Project VIH de cinq ans a été approuvée en 2009, avec un budget de USD \$12,578,727.

Le Project prévoit comme principales activités dans le secteur de la santé :

- Renforcement de l'accès au conseil et dépistage do VIH au sein des femmes enceintes dans les 13 centres de SSR ;
- Renforcement de l'accès au diagnostique et traitement des IST dans les populations plus démunies et groupes de comportement à risques ;
- Définition de normes de prévention, traitement et prise en charge dans la lutte contre le HIV/SIDA à être introduite dans toutes les unités de santés ;
- Formation de 60 médecins, 60 infirmiers et 100 promoteurs de santé des ONG ;
- Renforcement du Système de Suivi et Évaluation du MS.

## INDICATEURS UNGASS (2008-2009)

### Analyse des indicateurs des Programmes nationaux

**Indicateur 3 :** Tous les unités de sang sont testés a 100% pour le VIH. Cependant, en 2008, compte tenu du principe d'assurance de la qualité externe recommandé dans les directives pour les indicateurs UNGASS, le pourcentage des unités de sang provenant des dons est de 60 % parce que seulement un des deux laboratoires existant été inscrit dans le programme de contrôle de qualité, selon les critères de l'OMS, a savoir celui de l'Hôpital Agostinho Neto de Praia.

En 2009 tous le 2.339 unités de sang cueillie ont été soumis aux tests VIH dans les normes de contrôle de qualité externe, soit 100% des dons.

**Indicateur 4 :** Le pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à un stade avancé sous association d'antirétroviraux était de 59% et 73,5% en 2008 et 2009, respectivement. Néanmoins, tous les patients inscrits et suivis par les services de santé qui ont des critères cliniques et/ou immunologiques sont 100% en traitement avec ARV.

**Indicateur 5 :** Le pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui on a administrées des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère enfant est de 45% en 2008 et 57% en 2009.

Le schéma utilisé au Cap Vert est l'association de AZT + Nevirapine. Le tableau ci-dessous montre la répartition par schéma :

Schéma	Total femmes enceintes selon le schéma utilisé de prévention de la TME	
	2008	2009
Dose unique de Nevirapine	Appliqué	Non appliqué
Schéma associant 2 ARV	Appliqué (seulement au moment d'accouchement avec	Non appliqué

	association de Nevirapine)	
Schéma associant 3 ARV	Non appliqué	Appliqué
ART administré aux femmes enceintes justiciables dans traitement	Total : 45  Avec TARV : 13 Prophylaxie : 15	Total 56  Avec TARV : 8 Prophylaxie : 48

À la fin de 2008, il a eu une révision et validation du protocole TARV qui a introduit la tritérapie au début de 2009.

**Indicateur 6 :** La prise en charge est conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH. En 2008 la co-infection VIH+TB est calculée à 9,7% et en 2009 12,3%, respectivement, dans un totale de 276 patients.

**Indicateur 7 :** Dans la période 2008-2009, selon l'APIS, 25,5% d'hommes et 32,4% de femmes âgés de 15-49 ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois ont reconnus connaître le résultat.

Par tranche d'âge, le pourcentage de 15-19 ans est de 12,7%; 20-24 ans – 49,6% ; 25-29 ans – 54,1% ; 30-39 ans – 38,7% ; et 40-49 ans – 21.0% chez les femmes.

Chez les hommes, le pourcentage est de 15-19 ans – 2,9%; 20-24 ans – 22,6% ; 25-29 ans – 30,6% ; 30-39 ans – 26,6% ; et 40-49 ans – 17,8%.

Les données de notification montrent une augmentation depuis 2002 des testes de dépistage dans les services de santé, comme le montre le tableau ci-dessous.

ANNÉES	NOMBRE TOTAL DE TESTES RÉALISÉS
2002	3.069
2003	3.542
2004	8.106
2005	8.159
2006	13.467
2007	14.164
2008	16.016
2009	19.304

Source : Services d'Epidémiologie, Ministère de la Santé

Les données pour le calcul des **indicateurs 8 et 9** pour les populations plus à risque ne sont pas disponibles. Cependant l'effort réalisé par les différents acteurs sociaux (ONG, les municipalités et le secteur privé, entre autres) visant les couches les plus démunies ont permis d'atteindre une partie des personnes dites à risques entre les quelles peuvent être incluse les professionnelles de sexes, les femmes chefs de familles et les UDI.

Le suivi des **indicateurs 10 et 12** sur les orphelins sont effectués seulement dans les pays avec une prévalence de 5% et plus. Néanmoins, le Cap Vert, dans le cadre de la mise en œuvre des politiques sociales, apporte une très grande importance aux orphelins et enfants vulnérables et le PENLS, depuis 2002 donne un appui scolaire, et nutritionnel aux orphelins et enfants vulnérables.

Dans les années qui nous occupent, plusieurs ONG ont développé des programmes d'identification et d'aide aux orphelins et enfants vulnérables.

**Indicateur 11** : La révision des curricula et programmes scolaires a permis l'intégration transversale de la thématique IST/VIH/SIDA dans tous les niveaux éducatifs (primaire et secondaire), ce qui légitime la pérennisation des efforts préventifs en contexte scolaire.

Pour renforcer cet effort, une nouvelle discipline dans le programme curriculaire a été introduite en matière de « Education pour la citoyenneté » qui inclus des thèmes tels que les droits de l'homme, la promotion genre et de l'autonomie de la femme, les droits sexuelles et reproductifs, entre autres.

Pour en conclure, 100% des écoles primaires et secondaires (423) appliquent, en ce moment, des contenus sur le VIH/SIDA.

Le taux de scolarisation dans les écoles primaires était de 92,3% pour les garçons et 91,1 pour les filles, pour une moyenne H/F de 91.7%. Le taux de solarisation dans les écoles secondaires est de 55.9% pour les garçons et 64,4% pour les filles, pour une moyenne d'H/F de 60.15%. Source : Principaux indicateurs de l'Education, Ministère de l'Education et des Sports, 2008/2009.

La légère baisse du taux de scolarisation e due a la diminution de la population scolaire en conséquence de la décroissance démographique.

**Indicateur 13** : Selon l'Enquête APIS 2009, 44,75% des personnes âgés de 15-24 ans possèdent des connaissances exactes sur les moyes d'éviter la transmission sexuelle et rejettent les principales idées fausses concernant la transmission de VIH, telles que une

personne paraissant en bonne santé ne peut être séropositif, ou bien que le virus peut être transmis par les moustiques, entre autres.

**Indicateur 14 :** Les données sur cet indicateur ne sont pas disponibles, parce que aucune enquête n'a été réalisée dans la période 2008-2009, concernant cette population, mais compte tenu de ce qui a été référencé dans **l'indicateur 13**, ce groupe populationnel peut être inclus, puis qu'il s'agit d'une tranche des plus actifs points de vue activité sexuelle, dans les deux sexes.

**Indicateur 15 :** D'après l'APIS 2009, 15,71% d'hommes et de femmes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans contre 29.9% dans le rapport précédent, ce qui démontre en quelque sorte, que le comportement sexuel de la population a changé, en vertu des efforts et les progrès atteints en conséquences des campagnes de sensibilisation et de IEC développées en permanence par tous les acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA, depuis le noyau familial en passant par les écoles.

En générale, l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17 pour les deux sexes.

**Indicateur 16 :** Selon les dernières études, en 2009, 47,64% d'hommes et de femmes ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, ce qui démontre un maintien dans les mœurs malgré une diminution de presque 5% par rapport aux années précédentes.

Une étude plus approfondie sur les méthodes de sensibilisation et éducation, dans le but d'identifier les points faibles des stratégies adoptées, doivent être prévues.

**Indicateur 17 :** Le pourcentage homme 71,16%/femme 51,9% (APIS 2009) montre une tendance croissante de l'utilisation de préservatif dans les rapports sexuels occasionnelles, mais ne donne pas une idée du nombre de partenaire par personne et la fréquence de l'utilisation dans les rapports, ce qui nous amène à suivre les données de l'indicateur précédent qui nous donne une idée sur le nombre de partenaire dans les derniers mois.

**Indicateur 18 :** N'ayant pas de données disponibles sur cet indicateur, on peut seulement affirmer que le pourcentage de professionnels du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client a augmenté. Selon une enquête réalisée auprès de 104 TS, le pourcentage s'élève de 54% au 74%.

**Indicateur 19 :** Les données sur cet indicateur n'existent pas car, aucune étude a été réalisée sur ce sujet et auprès de cette cible.

**Indicateur 20 :** Les données sur cet indicateur n'existent pas car, aucune étude a été réalisée sur ce sujet et auprès de cette cible dans les années 2008 - 2009.

**Indicateur 21 :** Aucune enquête n'a été réalisée dans la période qui nous occupe. Par contre, plusieurs actions ont été développées en direction de ce groupe aux plans national et local, ayant des institutions d'accueil et prise en charge (Tendas do El Shaddai et Centre thérapeutique de S. Filipe), ONG de PVVIH/SIDA (Esperança et Renascer), ainsi que le CCCD et le CCS-SIDA (secteur public).

**Indicateur 22 :** Selon les données de postes sentinelles 2008, le pourcentage des jeunes infectés par VIH est de 0,3%.

Le taux actuel de séroprévalence au Cap Vert est de 0.8%, dont 1.1% chez les hommes et 0.4% chez les femmes. Chez les 20-34 ans le taux de séroprévalence est de 1.9% contre 1.8% dans les personnes âgées de 35-59 ans. En milieu urbain, le taux de prévalence est de 0.9% (1.7% à Praia et 0.3 à Mindelo) et en milieu rural 0.6%. (source IDSR II 2005).

**Indicateur 23 :** Les données pour les années 2008 et 2009 ne sont pas disponibles. Les dernières études chez les UD datent de 2007 identifiant un taux de prévalence de 1,8%. La même étude réalisée auprès des consommateurs de drogues injectables dans les prisons et les établissements de traitement (Comunidade da Granja de S. Filipe et Tendas do El Shaddai) a trouvé un taux de prévalence de 14,3% mais il faut noter que la taille de l'échantillon était trop petite (seulement 14 personnes), CCCD/ONUDC/MS, 2007.

**Indicateur 24 :** Le pourcentage d'adultes et enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie ARV est de 88,22% pour les années 2008 et 2009.

**Indicateur 25 :** Le pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives et qui sont infectés par le VIH est de 3% pour les années 2008 et 2009. Les services de santé garantissent des traitements trithérapie (ARV), les césariennes électives à la fin de l'accouchement et l'allaitement sont interdites de faire. Les nourrissons nés de mères séropositives font des prophylaxies.



## Analyses des indicateurs de comportements et connaissances

Pour le calcul de Indicateurs 13, 15, 16 et 17 les données ont été collectées de l'Enquête APIS réalisée dans toutes les îles de l'archipel en 2009 dans un échantillon de 1.754 hommes et 1.420 femmes âgés de 15-49 ans (total : 3.174).

Concernant l'indicateur 13 « Indice composite » il a été calculé à partir des réponses correctes données aux cinq questions suivantes :

1. « Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ? » 80,9% des interrogés ont répondu « Oui », dont 77,9% femmes et 83,9% hommes.

2. « Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ? » Un total de 79,9% ont répondu « Oui » dont 82,6% hommes et 77,2% femmes.

3. « Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ? » : un total de 70,45%% des H/F âgés de 15-49 ont répondu « OUI » (72,5% H et 70,4% F). Dans la tranche d'âges 15-24 ans, le pourcentage est de 78,5 et 89,9% pour femmes et hommes, respectivement.

4. À la question « Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ? », 59,2% des personnes interrogées rejettent cette possibilité (58,3% F et 60,2%H). Dans la tranche d'âges 15-24 ans, le taux est de 65,5% d'hommes et 65,0% de femmes (65,25% H/F).

5. « Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ? » 860% des personnes interrogées ne croient pas à ça (88,5% F et 83,5H).

**Indicateur 15 :** Le pourcentage de jeunes femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans est de 15,71%.

**Indicateur 16 :** Le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois était de 47,64%, dont 54,30% chez les hommes et 41,53% chez les femmes.

**Indicateur 17 :** Le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel est de 61,53% H/F.

Chez les femmes, les taux sont chez les 15-19 ans : 77,6% et 60,1% chez les 20-24 ans. Chez les hommes dans le groupe 15-19 ans le taux est de 82,9% et 75,4% dans le groupe de 20-24 ans.

Les données sur les comportements et connaissances des populations plus à risque (indicateurs 14, 18, 20 et 21) ne sont pas disponibles. Les efforts continuent à être développés dans ces groupes pour connaître leur réelle situation par le CCCD et des ONG dans l'ensemble du pays.

## **Questionnaire de l'Indice composite (Annexe 7)**

Les réponses au questionnaire de l'Indice Composite des Politiques Nationales montrent que le pays a fait des progrès importants dans la mise en œuvre des stratégies de prévention et lutte contre le VIH, notamment dans la planification stratégique, la prévention, le traitement et le suivi des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

## CONCLUSION

En guise de conclusion, la mise en œuvre de ce Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA au Cap Vert n'a pas pu atteindre la consolidation effective de l'approche multisectorielle dans les plans d'activité et budgets des différents secteurs.

Comme points forts on peut souligner, dans les dernières années, le maintien de taux de prévalence à moins de 1%, garantie d'accès au traitement avec ARV à tous les malades éligibles, dépistage de tous les femmes enceintes, la sécurité transfusionnelle à 100% et la distribution gratuite des moyens de prévention y compris le préservatif.

On a enregistré une forte participation de la société civile dans la lutte contre le VIH/SIDA dans l'ensemble du pays.

On a ressortir comme points faibles la couverture des programmes de prévention de surveillance de deuxième génération et de dépistage anonyme et volontaires auprès des populations à haut risque, notamment, les professionnels de sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

Les femmes pauvres et chefs de famille ont le plus souvent un comportement de risque contre leur volonté, parce qu'elles n'ont pas assez de pouvoir de négociation en ce qui concerne le sexe en sûreté, et puis les partenaires sexuels de ces dernières n'ont pas suffisamment conscience sur le comportement de risque.

On vérifie encore des couches de la population qui ne sont pas touchés par des actions de sensibilisation, notamment le HSH et TPS. Étant donné des attitudes et comportement discriminatoires encore existant en relation aux affectés et infectés par le VIH/SIDA, aussi bien que les comportements de risque par rapport à la sexualité, le pays doit continuer quotidiennement à travailler en syntonie pour sensibiliser par la cause du SIDA.

## **V. Meilleures pratiques**

On remarque au niveau du pays une amélioration croissante dans la mise en œuvre au niveau de toutes les stratégies, notamment, prévention, traitement et appui psychosocial pour la réduction de la transmission du VIH et l'amélioration de la qualité de vies des personnes vivants avec le VIH.

Comme meilleurs pratiques on peut citer :

- L'intégration des actions de prévention, conseil et dépistage volontaire dans les projets d'infra structuration du pays destinés aux travailleurs et les communautés bénéficiées ;
- l'intégration des contenus VIH dans les curricula et programmes dans toutes les écoles primaires et secondaires ;
- l'offre du teste de dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes. En effet, depuis 2005 on note une évolution très positive du taux de couverture de teste chez les femmes enceinte, à savoir : 13% en 2005, 51% en 2006 et autour de 65% en 2007. En 2008 la couverture a été de 61% et en 2009 de 85%.

## **VI. Principaux obstacles et mesures correctives**

Malgré son faible taux de prévalence, le pays présente un risque d'extension très élevé, soit à cause des comportements des populations : comportements à grand risque, ou bien à cause du niveau socioéconomique de la population en général.

Il est important de souligner que l'Etat, le secteur privé et le secteur tertiaire ont ménagé des efforts dans le but de réduire la propagation VIH/SIDA dans le pays.

Cependant, les interventions sont encore très loin du but escompté face aux besoins et préoccupations actuelles, à cause des limitations en terme de ressources (financières et matérielles) pour y arriver.

Les principaux obstacles pour la mise en œuvre des politiques et stratégies de lutte contre le VIH/SIDA sont, entre autres, les suivants :

a) Insuffisance des ressources humaines pour la gestion du Programme de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé ;

b) Insuffisance et surcharge des points focaux au niveau des différents Ministères, mais aussi au niveau des municipalités et ONG dans la mise en œuvre des plans sectoriels ;

c) Insuffisance en ressources humaines en qualité dans le domaine de suivi et évaluation des programmes dans tous les niveaux ;

d) Insuffisances des ressources financières pour la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2006-2010 ;

e) Difficultés de pénétration et d'identification auprès des populations plus à risque, notamment les professionnels de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ;

f) La faible intégration de l'approche genre dans les actions et interventions de lutte contre le VIH/SIDA.

### **Mesures correctives :**

Afin de renforcer les actions, le gouvernement a élaboré d'autres documents d'orientation tels le Plan d'Action pour l'Accès Universel à la Prévention, au Traitement, aux Soins et à l'appui jusqu'à en 2010 en vue de stopper la progression de l'épidémie, de réduire de 10% les

décès liés au VIH et de mener des études de séroprévalence chez les groupes les plus vulnérables. Le pays souscrit à l'initiative d'accélération de la prévention telle que promue par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Néanmoins, les actions suivantes doivent être accomplies, à savoir :

- Le gouvernement doit continuer à s'engager dans la lutte contre le VIH/SIDA à travers son intégration dans les projets de développement économique, notamment, de tourisme, infrastructures, entre autres ;

- Renforcer les connaissances des différents acteurs qui participent dans les activités visant le changement de comportement et la prise en charge des PVVIH/SIDA ;

- Continuer les efforts de diversification des partenariats nationaux et internationaux dans la lutte contre le VIH/SIDA ;

- Renforcer les mesures d'intégration du problème VIH d'une manière transversale dans les actions de tous les ministères et autres secteurs et acteurs socioéconomiques ;

- Évaluation continue de l'intégration de la problématique VIH/SIDA dans les curricula et programmes scolaires dans tous les niveaux d'enseignement ;

- Faire en sorte que les opérateurs touristiques dans tout le pays soit transformer en acteurs et véhicules de sensibilisation dans la lutte contre le VIH/SIDA ;

- Continuer la capacitation des points focaux dans les différents Ministères, mais aussi des représentants des ONG pour une meilleure participation ;

- Continuer la recherche pour une meilleure connaissance de l'épidémie ;

- Intégrer la dimension genre dans tous les domaines d'intervention (programmation, gestion, suivi/évaluation) ;

- Partager avec tous les partenaires le rapport UNGASS et, dès maintenant, entamer un processus de intégration des indicateurs de suivi et évaluation dans tous les programmes et études menés par les différents secteurs et partenaires, particulièrement dans l'enquêtes réalisées para l'Institut National de Statistique ;

- Former /préparer les ONG e OCB, particulièrement dans le domaine de la planification et gestion d'activités de lutte contra le Sida ;

- Renforcer le système de suivi/évaluation aux niveaux national et local.



## VII. Soutien des partenaires du développement

Le Système des Nations Unies constitue un partenaire important dès le début du programme de lutte contre le VIH/SIDA. L'OMS et l'ONUSIDA à travers l'initiative 3 en 5 et récemment l'initiative de l'Accès Universelle à la Prévention, aux Soins, au Traitement et au Soutien apportent un appui technique au renforcement de l'action gouvernementale dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Depuis 2006, l'ONUSDC appuie l'analyse de la situation de la toxicodépendance et sa relation avec le VIH/SIDA. Le Plan Conjoint du Bureau des Fonds et Programmes des Nations Unies (BFPNU) (PNUD, UNICEF, FNUAP et PAM) vise à renforcer les capacités des institutions nationales et de la société civile pour la prévention et les soins intégrés des personnes affectées et aussi à appuyer la mobilisation et la pérennisation des ressources pour la lutte contre le VIH/SIDA.

Le Brésil, dans le contexte de l'initiative conjointe avec l'UNICEF, *Laços Sul-Sul*, appuie la PTME et le renforcement de la capacité des ressources humaines de la santé pour le TARV et le suivi des PVVIH.

La Coopération Espagnole, l'Ambassade des EUA, entre autres, apportent eux aussi un soutien très importants à la lutte contre le VIH/SIDA au Cap Vert.

Des appuis de MCA, (financement des EUA), BAD pour la sensibilisation des travailleurs de la construction des grandes œuvres, entre autres, sont aussi importants pour que le pays puisse atteindre les objectifs qu'il s'est proposé d'inverser la tendance de l'épidémie.

En 2009, le pays a assigné un accord de subvention avec le Fond Mondial qui va permettre, jusqu'à 2015, compléter les efforts dans la lutte contre le VIH/SIDA en vue de stopper sa progression et de prendre en compte ses conséquences transversales.

## **VII. Suivi et évaluation**

Malgré la mise en place de mécanismes, les systèmes et structures de S&E des partenaires sont encore faibles, surtout au niveau local et communautaire. Le flux d'information est encore faible.

Les données sont utilisées pour la planification et mise en œuvre de forme satisfaisante au niveau central, ce qui ne s'applique pas souvent au niveau décentralisé.

Un grand effort a été fait pour que les données qui permettent de comprendre et suivre l'évolution de l'épidémie soient disponibles, permettant d'approfondir l'analyse de la situation. Des efforts de renforcement des systèmes de suivi et évaluation des programmes, à travers la capacitation des points focaux des Ministères et les ONG devront être renforcés.

Pour les données de connaissances et comportementales, les indicateurs UNGASS ont été intégrés dans les questionnaires de l'Enquête APIS qui a été réalisé, pour la première fois, au Cap Vert en 2009 pour la collecte des informations de connaissances comportementaux, notamment des indicateurs 7, 13, 15, 16 et 17 à l'intention de l'UNGASS.

Comme point faible il faut remarquer les données de suivi et évaluation parmi les populations plus à risque, notamment, les consommateurs de drogues injectables, les professionnels de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, ces derniers, s'avérant plus difficile compte tenu des préjugés très fort qui entourent cette pratique au sein de la population capverdienne.

Compte tenu que les indicateurs pour les populations à plus haut risque représentent la plus grande faiblesse de cet rapport, la mise en œuvre du Plan d'intervention auprès des populations plus à risque. Les ONG et la Commission de Coordination et Combat contre la Drogue avec l'appui de l'ONUDC sont des partenaires obligatoires pour attendre ces populations.

## Annexe 7 – Indice composite des politiques nationales : Répondants

### PARTIE A

Organisation	Non/Fonction	Répondants pour la Partie A				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V
CCS-Sida	José António dos Reis Secrétaire Exécutif	X	X	X	X	X
CCS-Sida	João Leal Responsable Financier	X				
Ministère de la Santé	António Moreira Directeur du Programme de Lutte contre le SIDA	x	x	X	X	x
Ministère de la Santé	Maria de Lourdes Monteiro					X
Ministère de la Santé	Conceição Pinto, Programme National de Sécurité Transfusionnelle					
CCS-Sida	Celina Ferreira Responsable Suivi/ Evaluation					X
Ministère de la Santé	Elsa Almeida Responsable TRAV-Sotavento Region de Sotavento					
Ministère de la Santé	Elisa Soares Responsable					

	PTME – Region de Sotavento					
Ministère de la Santé	Jorge Noel – Polo de TARV de Sotavento					
Institut National de Statistique	Charles René Sylva Directeur du département de démographie et social					
Ministère de la Santé	Maria da Conceição Pinto Responsable National Transfusion Sanguin					
Ministère de l'Education	Djanira Silva					
Ministère de l'Education	Cristina Mayo					
Ministère de Justice	Fernanda Marques Secrétaire Exécutif CCCD					
Ministère de Justice	Eloisa Évora, CCCD					

## Partie B

Organisation	Non/Fonction	Répondants pour la Partie B				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V
CCS-Sida	José António dos Reis Secrétaire Exécutif	X	X	X	X	X
VerdeFam	Marisia Nascimento			X		

OMCV	Paulino Moniz					
Plataforma das ONG	Jessica Fonseca					
MORABI	Lúcia Passos			X		
Renascer	Samira Fernandes			X		